



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 4 1 / 2 0 1 0

(Sección 1ª)

La Laguna, a 27 de julio de 2010.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por N.M.C.G., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 498/2010 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad de la solicitud del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

Los hechos en lo que se basa la presente reclamación, presentada por N.M.C.G., son los siguientes:

“La tarde del día lunes 12 de diciembre de 2005 asistí al Hospital Dr. Guigou, a la sala de urgencias por una cortada en el quinto dedo de mi mano derecha realizada

* PONENTE: Sr. Bosch Benítez.

con un cuchillo jamonero. Aún cuando ese centro de salud no es el que me corresponde, asistí a éste por encontrarme más cerca y haberme desmayado del dolor, así se lo hice saber a la enfermera que me atendió en urgencias.

Asimismo le expliqué que la herida era profunda, a lo que me respondió que solo era una cortada leve, por lo que me pondría unos puntos de aproximación en el dedo. A medida que revisaba la herida se dio cuenta de la profundidad de la misma y me dijo que me pondría un solo punto que lo podría aguantar sin anestesia, acepté y cuando me terminaba el primer punto se dio cuenta que debía ponerme más, por lo que subió a su consulta a buscar el material necesario que no conseguía en urgencias. Al terminar me fui a casa con tres o cuatro puntos en mi quinto dedo de la mano derecha.

Al día siguiente por la mañana del martes 13 de diciembre de 2005, debido a que sentía mucho dolor, asistí a la urgencia de mi Centro de Salud "Barrio la Salud" en Santa Cruz de Tenerife, me atendió una de las enfermeras de guardia, revisó en el ordenador mis datos y me informó que estaban en el sistema, todos los datos de la herida, que había sido atendida el día anterior y el lugar. La enfermera intentó con unas tijeras que no cortaban quitarme las gasas para curarme y revisar la herida. Como me quejaba del dolor, me dijo que así no podía atenderme, que intentara yo con las tijeras cortarme la gasa, salió de urgencias y se paró en el puerta a esperar que yo me quitara la gasa. Lo intenté una y otra vez, pero como sólo podía utilizar mi mano izquierda y soy diestra, no pude, además como me dijo la enfermera, las tijeras no cortaban nada, estaban en muy mal estado. Al final, después de pasar un tiempo en urgencias, no logré quitarme las vendas para que me curaran, tuve que irme sin conseguir que se me diera la atención debida.

El día miércoles 14 de diciembre de 2005 asistí a mi médico de cabecera en el Centro de Salud del Barrio La Salud (...), para consulta y que revisara mi herida, a la vez, pedí cita con mi enfermera para que me curara. La doctora me atendió, pero no revisó el estado de la herida. Luego la enfermera me curó y al yo indicarle que el dedo no tenía flexión, ni sensibilidad, me indicó que la causa era la inflamación, le dije que tenía mucho dolor, me repitió que era por la inflamación y que la herida y el dedo estaban bien.

La enfermera me dio cita para quitarme los puntos el día lunes 19 de diciembre de 2005, asistí ese día y me quitaron los puntos, cuando nuevamente le dije que el dedo no tenía flexión y que no lo sentía bien, me dijo que pidiera cita otro día para que la doctora lo viera, porque ese día había muchas citas fuera de hora y no me

podía atender, gracias a que la doctora en ese momento entró al consultorio de la enfermera y ésta le pudo decir que no le gustaba cómo estaba el dedo, la doctora me revisó e inmediatamente se dio cuenta de la gravedad y que el dedo no tenía flexión, ni sensibilidad, por lo que me dio una orden de Interconsultas a urgencias del Hospital Nuestra Señora de Candelaria. (...).

Inmediatamente asistí a urgencias en el Nuestra Señora de Candelaria, fui atendida en la sala de traumatología y me informaron que debía ser operada para reinsertación de flexor y del nervio que seguramente también estaba cortado, porque la herida había sido suturada, sin ser suturado el tendón y posiblemente el nervio. Que era una operación muy delicada y que sólo se sabría el estado del dedo con la operación.

Quedé ingresada ese mismo día lunes 19 de diciembre de 2005 (...). El miércoles 21 de diciembre de 2005 fui operada para la reinsertación de flexor profundo mediante la técnica del pull-out. Y fui dada de alta el día 22 de diciembre de 2005”.

La reclamante considera que lo que pudo ser una herida profunda con corte de tendón, que se hubiera suturado en el momento, sin graves daños posteriores, se convirtió en una operación muy delicada, causando daños inaceptables e irreparables. Manifiesta además que, en el momento de presentación de su reclamación, se encuentra de baja laboral, sin poder continuar realizando sus actividades habituales, ni utilizar la mano derecha, con una escayola, con una nueva herida y, sobre todo, sin saber si el tiempo que transcurrió entre la herida y la operación le causó un daño irreparable en el quinto dedo de la mano derecha.

En trámite de mejora de su solicitud reclama una indemnización por importe de 8.135,19 euros, si bien señala que esta cuantía puede verse incrementada en el caso de que las lesiones fueran de carácter permanente, puesto que se encuentra pendiente de otra intervención quirúrgica por el mismo motivo, sin que se hayan determinado las posibles secuelas de la lesión sufrida.

III

1. La reclamante ostenta la condición de interesada al pretender el resarcimiento de un daño de carácter personal cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación ha sido formulada el 18 de enero de 2006, en relación con la asistencia sanitaria producida el 12 de diciembre del año anterior y de la que no ha causado alta, por lo que no es extemporánea (art. 142.5 LRJAP-PAC).

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de dicho Servicio.

La resolución de la reclamación es competencia del Director de éste, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

2. Por lo que se refiere a la tramitación del procedimiento, constan las siguientes actuaciones:

La interesada presentó el escrito de reclamación en el Centro de Salud "Dr. Guigou", con entrada en la Secretaría General del SCS el día 10 de mayo de 2006.

El 27 de julio de 2006, más de dos meses después, se remite escrito a la interesada en el que se comunica el procedimiento a seguir y su plazo, el número de expediente y los efectos del silencio administrativo, al propio tiempo que se requiere, a los efectos de subsanación de su solicitud, la aportación de la copia compulsada de su DNI, la cuantificación de la reclamación, proposición de prueba y autorización expresa de acceso a los datos obrantes en su historia clínica por los profesionales que, por razón de sus funciones, tengan acceso a ella durante la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

La interesada aporta en el plazo conferido la documentación solicitada.

El 29 de septiembre de 2006, cumplido el plazo resolutorio del procedimiento, se dicta Resolución por la que, indebidamente, se admite a trámite la reclamación y se ordena el inicio del procedimiento, comunicándose al tiempo a la interesada, con la deficiencia en el cómputo de plazos ya indicada por este Organismo, que, con la

misma fecha, se solicita a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el informe del Servicio cuyo funcionamiento ha causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo máximo legal para resolver el procedimiento hasta la recepción del referido informe y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses.

Esta Resolución fue notificada a la interesada.

El SIP emite informe, el 25 de enero de 2010, fuera del plazo legalmente fijado al efecto y vencido el de la suspensión acordada, en el que se considera correcta la asistencia sanitaria prestada a la paciente. Se adjunta a este informe copia de la historia clínica de la reclamante obrante en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria y en el Centro de Salud "Barrio de La Salud", así como los informes emitidos por los Servicios de Traumatología y de Rehabilitación del citado Centro hospitalario y de la enfermera que prestó la primera asistencia. En el informe emitido se ha tenido en cuenta igualmente los informes del personal de enfermería y médico de cabecera que prestaron las primeras asistencias a la reclamante.

El 3 de febrero de 2010 se adopta Acuerdo por el que se abre periodo probatorio, admitiéndose a trámite las pruebas propuestas por la interesada e incorporándose como documental los informes recabados por la Administración. No obstante, dado que se trata únicamente de prueba documental que ya se encuentra incorporada al expediente, no se abre plazo especial para su aportación, por lo que se procede a ordenar que se pase al siguiente trámite procedimental.

El 22 de marzo de 2010 se acuerda la concesión del trámite de audiencia, sin que la interesada presente alegaciones en el plazo conferido al efecto.

El 12 de abril de 2010 se elabora Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud en la que se propone la desestimación de la reclamación, solicitándose el siguiente día 19 del mismo mes y año el informe del Servicio Jurídico, que se emite el 3 de agosto, en el que se estima conforme a Derecho la desestimación que se propone.

El 3 de junio de 2010 se elabora la definitiva propuesta de Resolución, solicitándose seguidamente el Dictamen de este Consejo.

3. A la vista de las actuaciones practicadas puede considerarse que se han efectuado, con las deficiencias expuestas, los trámites legal y reglamentariamente previstos. En particular, se incumple el plazo reglamentariamente previsto para

resolver, habiéndose encontrado paralizado el procedimiento durante más de tres años, sin justificación alguna. La demora producida, sin embargo, no impide su resolución, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en el art. 42.1 LRJAP-PAC, sin perjuicio de que quepa hacerlo en el sentido propuesto [art. 43.4.b) de dicha Ley] y del pronunciamiento de este Organismo sobre la adecuación de tal Propuesta.

IV

1. Consta acreditado en el expediente que, con fecha 12 de diciembre de 2005, la reclamante acudió al Centro de Salud "Dr. Guigou" tras sufrir un corte con un cuchillo en el quinto dedo de la mano derecha. En este momento se procede a la sutura de la herida, se aplica cobertura antitetánica y se recomienda cura al día siguiente, sin más, actuándose mediante enfermera y sin análisis más profundo o exhaustivo por médico.

El 19 de diciembre de 2005 se cita a la paciente para retirada de sutura, apreciándose todavía signos inflamatorios. Es entonces cuando es valorada por su médico, quien, visto en ese momento el estado del miembro herido, la remite al Centro hospitalario para valoración por traumatólogo, ingresando en el mismo con el diagnóstico de sección del tendón flexor profundo del 5º dedo de la mano derecha, destacando en la exploración la imposibilidad para la flexión de articulación interfalángica distal y entumecimiento del pulpejo.

El 21 de diciembre de 2005 se realiza la intervención quirúrgica, procediéndose a la inserción del flexor profundo mediante técnica de *pull-out*. Causa alta el siguiente día 22 del mismo mes y año, ante la evolución satisfactoria, con controles posteriores.

En consulta de 17 de enero de 2006, se remite a la paciente al Servicio de Rehabilitación por déficit de flexión y entumecimiento del pulpejo. Causa alta en este último Servicio para su valoración por el Servicio de Traumatología el 11 de mayo de 2006, al permanecer estabilizada en los últimos controles. Al alta presentaba como secuela un BA de la articulación interfalángica proximal de 5º dedo: 10º a 80º de arco libre y de la interfalángica distal de 10º a 30º de arco libre.

El 5 de junio de 2006 se expresa en la historia clínica que presenta adherencia del tendón flexor profundo y disminución de sensibilidad de ambos colaterales.

En el expediente remitido a este Consejo no consta documentación alguna relativa a la evolución posterior de la paciente.

2. La desestimación propuesta se basa en que el instructor estima que no concurren en el presente caso los requisitos imprescindibles para que se genere la responsabilidad de la Administración. Así, no considera acreditada la existencia de un daño derivado de la actuación del Servicio Canario de la Salud que la reclamante no tenga el deber jurídico de soportar, pues la demora en el diagnóstico de la lesión no ha sido el desencadenante necesario, y aun menos seguro, de los daños sufridos.

Se fundamenta esta conclusión en los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento, singularmente los del Servicio de Traumatología y de Inspección.

Por lo que al primero se refiere, después de relatar el tratamiento practicado, informa que la sutura de tendones flexores en la mano, si no existe lesión vascular, se puede diferir hasta pasadas tres semanas. Y ello, pese a que, contradictoriamente, debió intervenir inmediatamente, tras un correcto, aunque tardío, análisis de la herida sufrida, a la vista del daño producido.

El SIP por su parte expone en su informe lo siguiente:

En la valoración inicial de la lesión en la primera asistencia, a pesar de que se evalúa la sensibilidad y función digital, no se diagnosticó la ruptura del flexor profundo del quinto dedo, lo que puede responder a la importante inflamación presentada y el consecuente dolor en la herida. Por ello, tras realizar la limpieza y sutura de la herida y protección antitetánica, se le recomendó retirada de los puntos de sutura en el plazo de una semana por su médico de cabecera. Una vez minimizados estos síntomas, tiene lugar una nueva exploración que conllevó el ser enviada al centro hospitalario para valoración traumatológica.

Durante la exploración quirúrgica se comprobó ruptura tendinosa del referido músculo. Se realizó la reparación quirúrgica con inmovilización por 3-4 semanas y rehabilitación, objetivando posteriormente adherencias (frecuentes en este tipo de lesiones) con resultados finales aceptables.

La lesión en sí misma, con independencia del tiempo de sutura, requiere intervención quirúrgica, periodo de IT y tratamiento rehabilitador, sin que a pesar de ello se puedan garantizar los resultados aún con tratamiento quirúrgico precoz.

A pesar del no reconocimiento inicial de la lesión en su total amplitud, no se puede asegurar como única causa del resultado final de la funcionalidad del dedo la demora quirúrgica, basándonos en la lesión y las complicaciones (adherencias). Tras

la intervención descrita, hubo de someterse a tratamiento de Fisioterapia y, tras la finalización del mismo, ha quedado como secuela la limitación leve de movilidad.

La corrección quirúrgica de estos procesos no tiene que ser inmediata. Se puede considerar, como periodo óptimo para llevar a cabo la reparación del tendón, pasadas dos semanas.

Se admite que la consecuencia en la demora de la sutura del tendón podría ser la retracción de los extremos y con ello la dificultad quirúrgica, pero, en el caso que nos ocupa y a la vista de la historia clínica, se considera que la falta de diagnóstico inicial no tuvo consecuencias a la luz del informe de alta, con evolución satisfactoria. Por eso, no se puede asegurar que, de haberse llegado al diagnóstico en el primer momento, el resultado hubiera sido la recuperación *ad integrum* sin dejar secuela limitante, dada la complejidad cicatricial tendinosa.

En definitiva, concluye:

Aunque no se detectó inicialmente la rotura tendinosa existente, su sutura puede diferirse tres semanas.

La falta de actuación diagnóstica se debe a los signos inflamatorios presentados y el dolor que impidieron el reconocimiento inicial de la herida.

La indudable demora en el diagnóstico de la lesión no es desencadenante necesario ni seguro de los daños sufridos por la reclamante, pues con frecuencia la propia gravedad de este tipo de lesiones conduce, aun tratadas prontamente, a complicaciones y secuelas similares a la que, en definitiva, se han producido a la reclamante.

Por otro lado, este informe señala que no hay traducción indemnizatoria derivada de la actuación de los servicios sanitarios en relación a la sección tendinosa. Se centra para ello en la dificultad de determinar la parte que es atribuible en la producción del daño al retraso diagnóstico y la que lo es a la propia naturaleza de la lesión, a cuyos efectos se apoya en el citado informe del Servicio de Traumatología, del que, a su entender, se deduce que la reparación efectuada diez días después del traumatismo obtuvo el mismo resultado que de haberse efectuado el primer día.

V

1. La determinación de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria exige diferenciar aquellos supuestos en los que el resultado dañoso se puede imputar a la actividad administrativa, es decir, al tratamiento o a la falta del

mismo y aquellos otros casos en que el resultado se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de garantizar la salud en todos los casos.

En este sentido, es preciso determinar ante todo si la asistencia sanitaria efectuada se ajusta o no a la *lex artis*, teniendo en cuenta que, de acuerdo con doctrina jurisprudencial reiterada, a la Administración gestora le es exigible la aplicación de las pruebas, medios y técnicas disponibles en función del nivel legalmente establecido para el sistema sanitario público y del estado del conocimiento científico del momento, sin que quepa reclamar responsabilidad en base a la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que, en ningún caso, puede demandarse que sea siempre beneficioso para el paciente y, además, absolutamente (SSTS de 16 de marzo de 2005; 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007 y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

En particular, este Consejo ha manifestado reiteradamente en diversos Dictámenes (entre ellos, 67/1996, 58/1998, 130/2002) que el funcionamiento del servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

2. Traslada esta doctrina al caso que nos ocupa, procede analizar si en la asistencia sanitaria practicada a la interesada se utilizaron los medios idóneos para tratar de evitar la limitación leve en la movilidad del dedo, que, según los informes médicos, ha quedado como secuela a la reclamante.

Pues bien, está acreditado, y aceptado por la Administración en cuanto tal hecho, que la lesión sufrida no fue inicialmente diagnosticada, sino que se advirtió ocho días después al retirar los puntos de sutura inicialmente puestos y, en este momento, es cuando se remite a la paciente al Centro hospitalario en el que fue intervenida dos días después. Por tanto, existe retraso en el diagnóstico de la lesión y, consiguientemente, en la aplicación del tratamiento quirúrgico necesario para tratar de lograr su curación, sin justificación suficiente, no siéndola la que se señala al respecto.

Se evidencia con ello que no se utilizaron con la exigible diligencia los medios que la situación de la paciente requería para tratar de determinar el alcance de la lesión sufrida, de modo que, en principio, la asistencia no puede considerarse conforme a la *lex artis*, pues, como antes se ha señalado, la asistencia sanitaria consiste en una obligación de poner a disposición del paciente todos los medios y técnicas necesarias para alcanzar el diagnóstico adecuado y su posterior tratamiento, con independencia de que pueda conseguirse finalmente la curación de la enfermedad.

Es cierto que los informes obrantes en el expediente mantienen que, en general, la reparación del tendón se puede diferir hasta tres semanas, por lo que cabría inferir que el retraso diagnóstico no ha causado daño adicional a la reclamante. Pero, aparte de las molestias de la paciente al no procederse a la reparación del daño por el sólo motivo de no ser éste detectado, no sólo se produce la inmediata intervención quirúrgica tras producirse tal detección, sino que se admite que la demora no es “la única causa” de la secuela al no ser su desencadenante “necesario” y que la lesión, aún sin el retraso diagnóstico, podría producir igual alteración, pero sin negar que, debidamente detectada pudiera corregirse ésta con mayor margen de éxito, apareciendo pérdida de oportunidad del paciente.

Desde luego, la indicación genérica del Servicio de Traumatología de que la reparación se puede efectuar hasta tres semanas después no permite sin más extraer la conclusión de que el resultado en este caso hubiera sido el mismo se produjera o no el retraso, pues tal afirmación no se contiene en su informe, en el que tampoco se vierte manifestación alguna acerca de la trascendencia que, en aras a la curación óptima de la lesión, tiene la reparación en mayor o menor tiempo de los tendones.

Procede, en consecuencia, estimar que concurren en el presente caso los requisitos legalmente exigidos para que proceda la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, la cual deriva de no haberse aplicado en momento oportuno las técnicas sanitarias que el caso requería, con independencia del resultado final; esto es, sin perjuicio de que, aun practicando la reparación mediante intervención quirúrgica desde el momento en que se debió diagnosticar la lesión, no se hubiese evitado la secuela sufrida. Así, basta con la posibilidad de que fuese viable hacerlo, aparte de limitarse o paliarse con ello las molestias a la paciente por la demora en ser tratada y por el alargamiento del tiempo de recuperación, sin que aquélla tenga el deber de soportarlas.

3. Por lo que se refiere a la valoración del daño, la reclamante solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 8.135,19 euros, para cuyo cálculo ha tenido en cuenta los días de incapacidad temporal y ha tomado como referencia las cuantías que se recogen en el sistema para la valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 24 de enero de 2006).

Esta cantidad no debe ser aceptada. Así, procede declarar la responsabilidad patrimonial por las razones antes expuestas, pero, en el resultado final del daño, han incidido otros factores que han contribuido al mismo, como son el tipo de lesión padecida y las complicaciones posteriores en la cicatrización (adherencias), ninguna de las cuales son debidas a la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

En este sentido, el tratamiento de la lesión comporta intervención quirúrgica, periodo de incapacidad temporal y tratamiento rehabilitador, con independencia del retraso diagnóstico que en el presente caso se ha producido, por lo que la incapacidad temporal por la que se reclama no resulta atribuible a la asistencia sanitaria, ya que es una consecuencia necesaria del tipo de lesión sufrida, aunque sí quepa considerar su indebido alargamiento. Por tanto, se estima adecuada una indemnización de un tercio de la cantidad reclamada, debiendo no obstante actualizarse esta cuantía en aplicación del art. 141.3 LRJAP-PAC.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, procediendo declarar la responsabilidad de la Administración sanitaria en los términos antes expuestos y, por tanto, estimar parcialmente la reclamación presentada, con indemnización a la interesada en la cuantía expresada en el Fundamento V, punto 3.